FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N° 1062

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplome d'Etat)

PAR

Gérard - Elie - Paul VALLÈS
né le 19 Janvier 1935 à PARIS (12°)

Présentée et soutenue publiquement le *1962*

Souffrance du Citadin : mal logé, mal payé, mal aimé

SYNDROME DES 3 M

Président : Mr le Professeur P. JOANNON

Souffrance du Citadin : mal logé, mal payé, mal aimé

SYNDROME DES 3 M

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0063

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'Etat)

PAR

Gérard - Elie - Paul VALLÈS

né le 19 Janvier 1935 à PARIS (12°)

Présentée et soutenue publiquement le *1962*

Souffrance du Citadin : mal logé, mal payé, mal aimé

SYNDROME DES 3 M

Président : Mr le Professeur P. JOANNON

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN ..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphalie (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENEGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBARY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DERO (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DIVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof. à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	GOUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine générale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie exotique	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie expérimentale	SCHNEIDER (J.)
Pathologie médicale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJORUS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m.c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LANAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propes à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur P. JOANNON

Professeur de la Chaire d'Hygiène et de Médecine Préventive
de la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'honneur

qui a bien voulu accepter de présider cette thèse et m'a communiqué sa foi et son optimisme.

A Monsieur le Docteur P. OURY

Médecin-Chef de l'Etablissement National des Convalescents de Saint-Maurice

Officier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

en témoignage respectueux de ma très profonde gratitude.

A TOUS MES MAITRES EN CETTE FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES FUTURS MALADES

A QUI JE N'AI CESSÉ DE PENSER EN TRAVAILLANT A CETTE THÈSE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

AVERTISSEMENT

✱

Passionné par les cours d'hygiène mentale professés avec enthousiasme par M. le Professeur Pierre JOANNON, ayant eu la chance de faire partie pendant un an de l'équipe médicale dirigée par M. le Docteur P. OURY à l'Etablissement National des Convalescents de Saint-Maurice (Seine), une voie s'ouvrait à nous, pleine d'embûches, mais exaltante, l'étude du terrain psychologique des malades chez qui des investigations cliniques et paracliniques approfondies et répétées n'avaient rien révélé d'organique qui justifiât leur état.

M. le Docteur OURY qui depuis de nombreuses années rencontre, reconnaît et traite de tels malades les classe dans ce qu'il nomme :

LE SYNDROME DES 3 M.

— *Mal payés*

— *Mal logés.*

— *Mal aimés.*

Qu'il soit remercié ici de m'avoir autorisé à en faire le sous-titre de cette thèse et de m'avoir si bien guidé dans mes recherches.

M. le Professeur JOANNON, que je remercie d'avoir accepté de présider cette thèse, a bien voulu nous aider à poursuivre ce travail jusqu'à ce qu'il apportât quelques conclusions.

POSITION DU PROBLEME

Conditions expérimentales

I. — Critères ayant servi a la sélection des malades interrogés.

Les critères ayant servi à la sélection des malades interrogés sont les suivants :

a) Le rôle évident à l'interrogatoire des facteurs sociaux et familiaux dans la genèse des troubles accusés ou du moins dans leur majoration ;

b) L'absence chez ces malades de lésion organique suffisante pour expliquer leur état psychologique lors des examens successifs (nous verrons plus loin les réserves qu'il faut faire à ce sujet) ;

c) L'absence d'amélioration des conditions de vie de ces malades possible à court terme sans le recours à un tierce personne (ou à un ou plusieurs organismes spécialisés).

II. — Méthode d'investigation.

a) Nous avons interrogé ces malades :

— soit lors de leur hospitalisation à l'E.N.C. de Saint-Maurice ;

— soit lors de consultations demandées par eux ;

b) L'interrogatoire alors pratiqué n'a pas été limité dans le temps, le malade n'étant renvoyé le plus souvent qu'après une heure ou une heure et demie de conversation ;

c) L'interrogatoire a eu lieu en l'absence de tiers ; même lorsque le conjoint a été interrogé, il l'a été séparément ;

d) L'interrogatoire était facultatif, présenté comme l'objet de recherches, avec toutes garanties d'anonymat et comme ne devant pas aboutir à une conclusion thérapeutique de quelque nature que ce soit.

En fait, il est à noter que le plus souvent, les malades ont tiré de ces entretiens à cœur ouvert une amélioration notable de leur état psychologique et, sans entrer ici dans une discussion sur la valeur relative des divers traitements proposés par la suite à ces malades, nous dirons d'une façon très générale, avec M. le Professeur Jean Delay, que « l'élément essentiel de leur réussite est, pour une bonne part, la valeur de la relation interpersonnelle qui s'établit au cours de la psychothérapie entre le malade et le médecin qui dirige son traitement.

OBSERVATIONS

Ces observations ont été placées dans l'ordre où elles ont été prises, sans aucune préférence personnelle ni tentative de classification de quelque nature que ce soit.

M. FR... Louis, né en 1908. Contremaître.

Enfant abandonné par sa mère à 1 an. Père brutal, buveur. Sa sœur est mise à l'A.P. (il ne la connaît pas). Elevé par la concubine de son père.

Scolarité difficile, mais C.E.P.

Deux ans de maison de correction après fugues.

Engagement volontaire à 18 ans pendant huit ans (Coloniale).

A 26 ans, entre comme manœuvre dans une entreprise, se marie, a un fils à 28 ans.

1939. Mobilisé, prisonnier cinq ans, est trompé, divorce, garde l'enfant.

1948. Deuxième mariage avec une pupille de l'A.P. ayant deux enfants qu'il légitime. A ensuite une fille et un fils.

Nouvelles infidélités répétées de sa femme qui l'a quitté plusieurs fois. Gagne 640 NF pour six personnes.

Logé : dans deux petites pièces pour six personnes.

Hospitalisé pour :

1° Imprégnation alcoolique depuis dix ans environ.

2° Tentative d'autodestruction (avec cocktail médicamenteux).

Traitement :

1° Hospitalisation (50 jours).

2° Désintoxication : Disulfirame n° 1 (46 jours).
Chlorpromazine (C gouttes les 16 premiers jours).
Novocaïne-Atropine IV (2 injections par semaine, 4 semaines).

3° Psychothérapie (1 heure par semaine : persuasion).

Résultat : Amélioration franche à la sortie, persistant trois mois après avec Atropine Procaïne IV une fois par semaine.

★

M. DE... Victor, né en 1938. Cordonnier, puis cuisinier, puis employé de bureau.

Père décédé en service commandé en 1943. Mère continuellement malade : il la juge irresponsable.

Placé en orphelinat de 6 à 14 ans. Pas de C.E.P.

Change plusieurs fois de profession jusqu'à son service militaire où il connaît sa première camaraderie.

A actuellement à sa charge :

1° Sa mère en partie.

2° Une nièce (dont la mère, une sœur du malade, est occasionnellement prostituée) actuellement en sanatorium, en partie.

Gagne : 440 NF par mois.

Logé : 1 pièce hôtel meublé, 50 NF par mois.

Hospitalisé pour : Tentative d'autodestruction après malversations pour subvenir aux besoins de sa mère, plainte de l'employeur avec licenciement et expulsion de sa chambre.

Traitement :

1° Hospitalisation (40 jours).

2° Imipramine n° 3 (40 jours).
Phénobarbital 0,01 n° 6.
Atropine Procaïne IV (2 fois par semaine, 4 semaines).

3° Psychothérapie (1 heure par semaine).
Intervention auprès de l'employeur qui revient sur le licenciement et retire sa plainte.

Résultat : Amélioration franche à la sortie. A très clairement compris sa faute.

★

Mme BEL... Berthe, née en 1919. Guichetière.

Elevée normalement, semble-t-il, avec ses cinq frères et sœurs par parents chez qui elle vit jusqu'à 18 ans. C.E.P.

Père décédé en 1932, la sœur aînée dirige la famille ce qui entraîne une mésentente grave justifiant le départ de la malade alors âgé de 18 ans.

De 18 à 24 ans : Relieuse-brocheuse ; prend un amant qui est tué par l'occupant en 1943. Gros choc affectif. Première crise dyspnéique.

A 28 ans : Mariage, semblant être normal mais n'ayant apporté aucune amélioration à l'état névrotique existant depuis 1943, accompagné de crises asthmatiformes.

Etudiée dans un service spécialisé, on note ceci :

$$\frac{\text{VEMS} \times 100}{\text{CV}} = -28\ \%$$

Forte réponse au Test de Tiffeneau en 15 secondes. Eosinophiles sanguins 0 %. Allergie cutanée : Poussière de maison. — Candida.

Logée : Actuellement bien, 2 pièces cuisine, salle de bain, mais a habité 14 ans dans une pièce sans eau, ni gaz.

Gagne : 450 NF par mois et le mari 500 NF par mois, mais a eu de très grosses difficultés financières jusqu'à 28 ans.

Consulte pour :

1° Persistance de « l'asthme ».

2° Aménorrhée et obésité (100 kg).

Traitement :

1° Amaigrissement.

2° Théophylline Chlorothiazide. Atropine Procaïne IV.

3° Tentative de psychothérapie avec essai de reconstitution de la personnalité.

Résultat :

— Les accès dyspnéiques ne disparaissent pas mais s'espacent.
— Amélioration très nette mais incomplète de l'état dépressif paranoïde.
— Bénéfice encore (1961) de l'Atropine Procaïne, de la psychothérapie (1 séance d'une demi-heure par semaine toutes les six à huit semaines).

★

Mme GE... Denise, née en 1920. Surveillante.

Elevée par sa mère et un concubin tyrannique (le père est mort en 1920) avec ses cinq frères et sœurs aînés.

Garde de son enfance l'impression d'avoir été la bonne à tout faire de tout le reste de sa famille. Pas de C.E.P.

Couturière apprentie trois ans, puis femme de chambre trois ans.

Mariée à 23 ans, fait deux grossesses pathologiques, enfants morts, abandonnée par son mari après deux ans de mariage ; divorce.

Vit maritalement ensuite. A un fils reconnu par le père alcoolique et brutal.

Séparation en 1954, obtient la garde de son fils ; a un deuxième fils non reconnu en 1960.

Gagne : 600 NF par mois pour deux personnes (sa mère à charge) et deux enfants (15 ans et 1 an).

Logée : dans une pièce où sont deux lits et le berceau.

Consulte pour :

1° Précordialgies avec E.C.G. normal.
2° Insomnies.
3° Dyspnée sans éosinophilie ni expectoration ni crises franches.
4° Polyalgies diffuses et obésité légère.

Traitement :

1° Aspirine, Vit. B 1 et B 6.
2° Atropine Procaïne IV (1 injection par semaine, 8 semaines).
3° Psychothérapie (deux séances d'une heure à quinze jours d'intervalle).

Intervention pour envoi du fils aîné en apprentissage.

RÉSULTAT : Disparition complète des précordialgies, de l'insomnie et des accès de dyspnée, persistant trois mois après l'arrêt du traitement.

★

M. TR... Bertrand, né en 1915. Agent technique.

Elevé en nourrice jusqu'en 1918, puis en institution jusqu'en 1928. N'a connu ses parents que pendant les vacances pour les voir se battre et se faire constamment rabrouer.

Change d'emploi plusieurs fois jusqu'à 18 ans où il s'engage pour cinq ans dans la Marine puis, démobilisé, se marie et entre dans l'entreprise où il est encore.

A un fils en 1943 puis une fille en 1945.

La mésentente conjugale est permanente et croissante dès 1944.

Gagne : 600 NF par mois (auxquels s'ajoutent 670 NF gagnés depuis un an par les enfants soit 1 270 NF pour quatre personnes).

Logé : avant la séparation d'avec sa femme (juste avant son hospitalisation) dans deux petites pièces.

Hospitalisé :

1° Sur sa demande pour cure de désintoxication car boit, depuis 1945, deux litres de vin chaque jour.

2° Irritabilité caractérielle thymique avec alternance d'éléments submaniaques et d'éléments dépressifs.

Traitement :

1° L'atypie du tableau fait demander une encéphalographie gazeuse qui montre une légère atrophie corticale préfontale symétrique vraisemblablement d'origine toxique.

2° Désintoxication par Disulfirame avec hospitalisation de 41 jours.

3° Phénobarbital 0,01 n° 6. Prométhazine 0,025 n° 1.

4° Psychothérapie (deux séances de 45 minutes à 15 jours d'intervalle).

N.B. — Le malade nous a signalé la prise pendant cinq semaines de 2 comprimés par jour de Melleril, un an auparvant.

RÉSULTAT : Disparition de l'instabilité thymique, amélioration franche de l'état moral. Pronostic réservé.

★

M. LE... René, né en 1934. Forgeron, puis magasinier.

Elevé par ses parents en Bretagne jusqu'à 12 ans, vient ensuite avec eux à Paris.

A 13 ans son frère aîné d'un an se noie accidentellement. Choc terrible pour sa mère (qui vit encore prostrée) et pour lui.

C.E.P. puis C.A.P. Forgeron jusqu'à son service militaire.

Se marie en 1959, ce qui entraîne :

1° Un premier rapport sexuel très douloureux avec abstinence d'un mois.

2° Cohabitation avec sa belle-mère, son beau-frère alcoolique, sa belle-sœur et leurs deux enfants.

3° Mésentente conjugale dès le deuxième mois, puis des disputes et enfin des coups.

Gagne : 580 NF par mois et sa femme 600 NF.

Logé : jusqu'à un mois avant l'hospitalisation dans quatre pièces, cuisine, pour cinq adultes et deux enfants ; actuellement trois pièces, cuisine, pour deux personnes.

Hospitalisation pour :

1° Angoisses avec boule épigastrique. Sueurs profuses et tremblements.

2° Mictions et défécations impérieuses post-critiques.

Traitement :

1° Hospitalisation (40 jours).

2° Suppositoire Ethyl-Méthyl-Buthyl-Barbiturique n° 1 (12 jours). Chlorpromazine C gouttes (12 jours).

Puis Bromo-Galacto-Gluconate de calcium IV (trois fois par semaine).

Et Procaïne Atropine IV en alternance pendant cinq semaines.

Et Chlordiazepoxyde (*) n° 3 les 19 derniers jours.

3° Psychothérapie (*trois séances d'une heure à* dix jours d'intervalle à la sortie).

Résultat : Spectaculaire dès la deuxième séance de psychothérapie mais a dû être mis les trois dernières semaines au Chlordiaze-

(*) Librium Roche.

poxyde car des soucis familiaux avaient à ce moment entraîné l'arrêt de l'amélioration. Entretien avec la conjointe accélérant l'amélioration. Malade non revu ensuite.

★

M. BA... Pierre, né en 1915. Ouvrier spécialisé, chauffeur.

Malade élevé par ses parents, semble-t-il dans des conditions subnormales, mais modestes.

Service militaire normal.

Premier mariage en 1947, un fils (qu'il n'a pas revu après le divorce, sa femme le lui refusant). Divorce en 1949 pour incompabilité caractérielle.

Deuxième mariage en 1952 avec une femme ayant deux enfants d'un premier lit par lesquels il est peu admis.

1960 : un fils qui part en préventorium à 1 an.

Mésentente avec sa belle-mère qui a contaminé l'enfant et refuse de se soigner.

Mésentente avec sa femme à cause de la modicité de son salaire.

Gagne : 570 NF par mois.

Logé : dans trois pièces modernes, mais doit payer des traites importantes pour les garder, pendant dix-sept ans.

Hospitalisé pour : Asthénie, anorexie, tremblement, signe de Schwosteg.

Traitement :

1° Hospitalisation (30 jours).

2° Phénobarbital 0,01 n° 6, Atropine Procaïne IV n° 1 (deux semaines), Chlordiazepoxyde (*) n° 1.

3° Psychothérapie (2 séances de 45 minutes à 18 jours d'intervalle).

Résultat : Disparition de l'asthénie et de l'anorexie. Amélioration franche de l'humeur.

★

M. LEB... Jean, né en 1912. Etalagiste.

Mis en pension à l'âge de 4 ans 1/2 par un beau-père riche et sévère.

Sa mère en souffre mais n'intervient qu'en cachette pour le gâter un peu.

Mauvais élève alors que son frère, de trois ans son aîné, en pension avec lui, est brillant.

Le beau-père meurt en 1926 en laissant son immense fortune et la majorité des biens de sa femme à une fille qu'il avait eue d'un premier lit.

Jusqu'à 20 ans, métiers divers ; à 20 ans, engagement dans la Marine pour trois ans, puis devient gérant d'hôtel.

1936 : Refuse d'épouser une femme de qui il a un fils qu'il ne reconnaîtra que quatre ans plus tard en épousant la mère à la déclaration de guerre, par souci de l'avenir de l'enfant qu'il n'a vu qu'une fois.

1941 : Divorce à son profit mais confie l'enfant à sa mère.

1945 : Découverte d'un diabète.

Devient étalagiste bien noté mais est licencié en 1961 pour suppression d'emploi.

Reste étalagiste quatre mois dans une autre maison qui ne le paye pas. Est expulsé de son logement.

6 juin 1961 : Tentative de suicide :

1° Par suppression de l'insuline.

2° Par absorption de sucre.

Hospitalisé pour : Convalescence de coma diabétique grave et volontaire.

Traitement :

1° Hospitalisation (90 jours).

2° Rééquilibration insulinique.

3° Lévopromazine 2 mg n° 2.

4° Psychothérapie (deux séances d'une heure à quinze jours d'intervalle le dernier mois).

Intervention pour hébergement provisoire à la sortie.

Résultat : A vu la gravité et l'absurdité (apparente) de son geste. Ne recommencera très probablement jamais.

Diabète équilibré.

Avait à sa sortie, malgré le handicap de son âge, l'intention de « repartir à zéro ».

★

M. CHA... Rolland, né en 1925. Agent technique.

Né deuxième enfant non reconnu d'une fille-mère et de père inconnu. Elevé par la suite par sa mère et par son beau-père qui n'a pas plus su se faire obéir que se faire aimer.

Devient plombier à 14 ans et déjà petit alcoolisme irrégulier. Change plusieurs fois d'employeur.

1946 : Mariage « par amour et par accident » (*sic*).
1947 : A une fille.

1951 : A un fils.

1952 : Début de mésentente car il soupçonne sa femme de le tromper quand il travaille la nuit. Les soupçons réciproques sont justifiés.

1959 : Divorce. Accentuation de l'alcoolisme. Son ex-femme essaie de l'en empêcher et réussit à l'amener à l'idée d'une désintoxication.

Gagne : 490 NF par mois.

Logé : Dans deux pièces cuisine qu'il avait avant son divorce.

Hospitalisé 34 *jours pour :* Désintoxication, tremblement, nervosité.

Traitement :

1° Disulfirame n° 1.

2° Phénobarbital 0,01 n° 6.

3° Prométhazine 0,025 n° 3.

4° Psychothérapie (trois séances d'une heure à dix jours d'intervalle).

Résultat : Transformation complète de l'attitude et du faciès. Son ex-femme accepte de lui rendre visite plusieurs fois pendant son hospitalisation et lui amène ses enfants sans qu'il soit question de

remariage, les rapports familiaux deviennent en un mois aussi bons que possible dans cette situation.

★

M. TRE... Fernand, né en 1923. Caissier.

Elevé par ses parents qui s'entendaient bien.

Son frère aîné a été brûlé vif. Gros choc dont il est encore marqué.

Scolarité irrégulière, pas de C.E.P.

Devient coiffeur, abandonne en 1944 pour pleurésie tuberculeuse. Un an de préventorium.

Premier mariage en 1945 : sa femme est d'une jalousie maladive, injustifiée et insupportable. Divorce après dix-huit mois.

Devient éboueur, commence à boire plus que de raison.

1950 : deuxième mariage d'où naissent trois enfants. La cohabitation avec ses beaux-parents dans trois pièces est un sujet de perpétuelle dispute.

1959 : Nouveau logement, nouveau travail. Amélioration transitoire de l'ambiance familiale car rapidement sa femme regrette d'avoir quitté ses parents ; très coléreuse, les scènes deviennent intenses et fréquentes.

1961 : Divorce à ses torts sur faux témoignage. Majoration de l'alcoolisme.

Gagne : 540 NF par mois. Doit payer 240 NF par mois de pension alimentaire.

Logé : une chambre d'hôtel meublé.

Hospitalisé pendant 108 *jours pour :*

1° Hypernervosité. Tremblement.

2° Striction laryngée et gastrique avec angoisse.

3° Alcoolisme.

Traitement :

1° Sevrage progressif (désintoxication différée).

2° Imipramine (*) VB 25 mg n° 3, Lévopromazine 2 mg n° 1, Atropine Novocaïne IV (un jour sur deux), Bromo-Galacto-Gluconate de Ca IV (un jour sur deux).

(*) Tofranil Geigy.

3° Psychothérapie (deux séances d'une heure à quinze jours d'intervalle).

Résultat : Amélioration lente mais régulière de l'état mental et des signes d'hypernervosité. Persistance de l'améloriation deux mois après la fin du traitement.

★

Mme CL... Anne-Marie, née en 1933. Employée de bureau.

Enfant de l'Assistance publique, adoptée à 13 ans. Pas de C.E.P. Ni bons ni mauvais souvenirs d'enfance.

Bonne à tout faire de 16 à 20 ans.

1953 : Mariage apparemment normal mais mésentente sexuelle profonde car la libido du mari est élevée (il le confirme) et celle de la malade pratiquement nulle.

1954 : Accède à son emploi actuel. Deux enfants.

Gagne : Avec son mari 1 300 NF par mois pour quatre personnes.

Logé : 3 pièces cuisine modernes, mais H.L.M. avec beaucoup de bruit et de promiscuité (*).

Consulte pour :

1° Etat dépressif survenu après dénonciation calomnieuse faite par un admirateur éconduit sur les lieux du travail.

2° Amaigrissement de 19 kg.

3° Crises de tachycardie avec précordialgies.

Traitement :

1° Atropine Procaïne IV (2 par semaine, 2 mois).

2° Méprobamate (2 comp. par jour).

3° Psychothérapie (1 séance, 1 heure), puis mari vu séparément puis conjointement, ce qui entraîne : plainte contre le calomniateur, enquête, mutation du calomniateur.

Résultat : Deux mois après arrêt du traitement : disparition de l'état dépressif, disparition des précordialogies, arrêt de l'amaigrissement avec reprise de 1 kg.

(*) Bien que neuf et moderne ce logement peut-être considéré comme « un taudis neuf ».

M. BOU... Emile, né en 1926. Menuisier.

Père alcoolique brutal, disparu en Allemagne pendant la guerre. Mère très entière autoritaire. Elevé par sa mère.

Reprend la suite dans la petite entreprise artisanale du père, mais est exproprié. Entre alors comme ouvrier menuisier dans une grande entreprise.

1952 : Mariage, mais brouille dès le début à cause de sa belle-famille.

1954 : Séparation, demande le divorce, mais perd car s'est mis en concubinage avant le jugement avec une fille-mère. Naissance d'une fille qu'il ne peut reconnaître jusqu'à ce que le divorce soit prononcé et qui est reconnue par sa mère.

1959 : La concubine refuse le mariage proposé et le trompe. Aggravation progressive des griefs réciproques.

1960 : Rougeole. Syndrome méningé. Herpès cornéen grave de l'enfant, difficultés financières.

Gagne : 600 NF par mois pour quatre personnes.

Logé : Deux petites pièces insalubres.

Consulte pour :

1° Hyper-nervosité, tremblements.

2° Angoisses.

3° Syndrome ulcéreux atypique.

Traitement :

1° Des radiographies digestives montrent une petite niche de la petite courbure. Traitement antiulcéreux.

2° Atropine Procaïne IV (2 injections par semaine). Métrobamate n° 2 (6 mois).

3° Psychothérapie (deux séances, une heure, à un mois d'intervalle).

Résultat : A retrouvé son calme malgré la persistance des ennuis familiaux, est venu spontanément, « pour parler une heure », à la seconde séance. Demande à continuer le traitement.

★

A la suite de ces observations il nous est apparu qu'il existe bien là un ensemble de symptômes se rapportant tous à une même catégorie de maladies.

Certes, nous n'ignorons pas que, dans la plupart de ces cas, la psychiatrie mettrait facilement une étiquette, établirait un diagnostic, un pronostic, une thérapeutique qui amènerait sans aucun doute une amélioration de l'état mental de nos malades.

Mais notre but est différent.

S'il est de mettre en évidence quelques signes prémonitoires, quelques prodromes du conflit perpétuel que mènent ces « *petits mentaux* », il est surtout de démontrer que cette entité qu'est le « SYNDROME DES 3 M » se traduit par des troubles fonctionnels quelquefois très graves entraînant des arrêts de travail, des inadaptations à la vie sociale, des éclatements de la vie familiale tels que nous n'hésitons pas à en faire un véritable fléau social.

Il est enseigné dans cette Faculté comment on doit pouvoir, peu à peu, libérer le pays de ses fléaux sociaux.

La lutte antituberculeuse a amené des résultats remarquables : les sanatoria sont presque vides.

La lutte antivénérienne a été telle que bon nombre de consultations et de dispensaires ont dû être « reconvertis ».

Peu à peu, l'armement légal et médical a pratiquement fait disparaître les toxicomanies et, depuis les décrets-lois de 1953, 1954 et ceux de 1960, l'alcoolisme, encore bien implanté, commence à voir ses privilèges les mieux ancrés attaqués de toutes parts.

Mises à part les maladies tumorales pour lesquelles nous ne disposons malheureusement pas encore de thérapeutiques très spectaculaires et contre lesquelles on commence cependant à lutter à grande échelle par l'intermédiaire des centres anticancéreux et de la Ligue Nationale contre le Cancer, les maladies mentales, elles, ne bénéficient pas, actuellement, d'une telle sollicitude, surtout pour ce qui concerne ce que nous appellerons par la suite les « *petits mentaux* ».

Il existe sans doute des établissements psychiatriques, mais ceux-ci sont régis par une loi de 1838.

Nous leur reconnaissons, bien sûr, une grande valeur thérapeutique. Les psychiatres, de mieux en mieux armés, quoique encore insuffisamment, y mènent une lutte difficile.

Les neuroleptiques avec la Chlorpromazine et les Phénothiazines, les thymoleptiques, du type diméthylaminopropyliminodibenzyle (ou Tofranil) les aident beaucoup. L'omnipraticien est amené à les utiliser *larga manu*, souvent avec succès dans les cas mineurs, mais tout ceci est curatif, rien que curatif, et surtout, ce qui est pire, symptomatique.

La Ligue Française d'Hygiène Mentale, l'acharnement de quelques apôtres, la bonne volonté du corps médical tout entier n'arrivent pas à enrayer l'endémie de névroses et de psychoses qui sévit de façon continue et croissante en France.

Il leur manque cette ossature qu'est la loi.

Il n'existe pas de réglementation concernant la prophylaxie des maladies mentales, pas de qualifications d'hygiène mentale, pas de statut des « psychologues » médecins ou non, pas de consultations dans les hôpitaux ordinaires, même l'enseignement de la psychologie, dans le nouveau régime des études médicales, ne comprend que vingt petites heures de cinquante-cinq minutes.

Dans leur enquête sur les inadaptations affectives, Lassave, Righini et Tézier écrivent que : « Les inadaptations affectives, à sémiologie surtout névrotique et dépressive, ont paru se rencontrer le plus souvent chez des personnes à « terrain » particulier (anomalies de la personnalité et prédispositions névrotiques) chez lesquelles on relevait fréquemment des antécédents neuropsychiques et d'assez fortes tensions affectives hors du travail (vie conjugale et familiale) ».

Nous avons donc essayé d'analyser quelles sont ces tensions affectives qui provoquent tant de troubles chez des personnes cliniquement apparemment normales.

Nous nous sommes beaucoup attaché, afin de tenter d'éviter l'erreur qui consiste à considérer l'inexplicable comme relevant de la psychiatrie, à l'étude des critères suivants :

— L'anamnèse des troubles ;

— L'exploration psychologique du sujet ;

— Les résultats thérapeutiques obtenus par la psychothérapie, associée ou non à une thérapeutique psycholeptique ou psychoanaleptique suivant le cas.

Il va sans dire qu'on n'a pas négligé pour autant l'examen somatique complet et que, chaque fois qu'elles nous ont paru nécessaires, des explorations fonctionnelles, biologiques et radiologiques complémentaires ont été pratiquées.

CARACTERES GENERAUX DU « SYNDROME DES 3 M »

Il s'agit d'un syndrome très fréquent.

Sans aucune idée préconçue ni aucune preuve, nous avons été très frappé dès l'abord de cette étude par la fréquence très grande avec laquelle nous rencontrions ces « petits mentaux ».

Nous avons été dans l'impossibilité technique d'établir nous-même une statistique valable à ce sujet, mais, grâce aux services compétents de la Sécurité sociale, nous avons obtenu les résultats suivants :

Dans la circonscription de la Caisse Régionale de Paris, pour l'année 1951 près de 4 % des malades admis au régime des maladies de longue durée l'ont été pour psychose ou psychonévrose, soit 4 % de 59 172 malades sur une population d'environ 3 000 000 d'assurés sociaux. Ces chiffres donnent une idée du nombre des grands mentaux classiquement dénommés, dans les nomenclatures internationales, psychotiques, psychonévrotiques ou affections mentales graves.

Or, il ne fait aucun doute que la fréquence des troubles psychiques graves nécessitant l'admission du malade au régime de maladie de longue durée est bien inférieure à celle des troubles psychiques modérés ou faibles nous intéressant seuls ici et qui, bien que mineurs, n'en entraînent pas moins une hospitalisation, en milieu non spécialisé il est vrai.

Ayant essayé de fixer, approximativement, la limite inférieure de la fréquence avec laquelle on découvre les « petits mentaux », essayons maintenant de voir quelle est la fréquence du « Syndrome des 3 M » dans ce groupe de malades.

Pour la population hospitalière qu'il nous a été possible d'étudier, nous avons interrogé 96 malades et, parmi eux, l'enquête psychologique et surtout anamnestique nous a appris que chez 12 malades l'association des « 3 M » était responsable de leur état mental, ce qui fait environ 12,5 %.

CLINIQUE

Début.

Le début des troubles est extrêmement variable et polymorphe. Quelquefois brutal et rapide, de quelques jours à quelques semaines, quelquefois très progressif, le tableau ne devenant évocateur qu'après plusieurs mois, voire plusieurs années.

Il nous est apparu qu'on peut classer en quatre grandes catégories les manifestations fonctionnelles par lesquelles ces malades extériorisent leur « Syndrome des 3 M ».

1) Les digestifs (avec lesquels nous classons les urinaires).
2) Les circulatoires.
3) Les respiratoires.
4) Les autres formes.

Il va de soi que, le plus souvent, on ne peut faire entrer un malade donné strictement dans une des catégories citées ; mais il est cependant généralement facile de l'y rattacher par le caractère nettement dominant de l'un de ses signes fonctionnels.

Nous allons reprendre un à un ces quatre types de malades, mais, auparavant, donnons quelques traits communs à toutes ces formes.

Il s'agit d'un malade toujours conscient ou presque de sa maladie, toujours conscient ou presque que sa maladie est

d'origine nerveuse (ce qui le différencie du mythomane et de l'hystérique), toujours conscient ou presque que c'est le traumatisme permanent de la vie sociale qui est responsable de son état.

Quelle que soit la symptomatologie présentée, la phrase la plus souvent prononcée devant nous comme un leitmotiv est celle-ci :

« Ce sont les nerfs qui ne vont plus », et non pas : ce sont les nerfs qui ne vont pas, comme si, inconsciemment, les malades se rendaient compte qu'à un certain moment de leur existence, le plus souvent pénible et monotone, une goutte avait fait déborder le vase.

Autre remarque, qui peut s'appliquer à la plupart de nos malades, c'est l'absence de résultat obtenu par des thérapeutiques à visées, tant étiologiques que symptomatiques, pourtant bien conduites, si elles n'étaient pas accompagnées d'une psychothérapie que nous avons essayé de leur donner aussi intense, aussi continue, et aussi prolongée que possible.

Il est à noter que nos malades, ignorant la plupart du temps complètement les services sociaux mis à leur disposition tant par leurs entreprises que par les organismes publics ou privés ont très nettement le sentiment qu'on ne leur vient pas en aide comme il conviendrait pour les tirer de leur mauvaise situation (ce qui, soit dit en passant, est, à notre avis, la plupart du temps exact pour ce qui concerne leur information).

Enfin, en essayant de faire entrer nos malades dans la classification caractériologique de R. Le Senne, nous nous sommes aperçu qu'à quelques rares exceptions près, tous entraient dans la catégorie des « *émotifs* » inactifs primaires ou secondaires et actifs primaires ou secondaires.

Nous n'avons trouvé qu'exceptionnellement des malades entrant dans la catégorie des « *non émotifs* », qu'ils soient actifs ou non.

En effet, si l'émotion est commune à tous les hommes, l'émotivité caractérisée est le propre de quelques-uns dont elle définit la manière d'être. Sans cesse affectés d'une façon anor-

malement intense et prolongée par les événements qui engagent, si peu que ce soit, leur vie affective, leur fragilité, leur vulnérabilité, leur facile déroute les rend impropres aux luttes sociales.

I. — Formes a manifestations prédominantes digestives.

Tout le tube digestif, depuis l'oropharynx jusqu'au sphincter anal, peut être intéressé, soit en entier, ce qui est le cas le plus rare, soit en partie.

Quel que soit le niveau où se manifeste la maladie, on est frappé par le fait qu'on y découvre une composante *spasmodique* intense. Cette composante spasmodique se révèle par :

— du pharyngisme ou dysphagie souvent élective pour tel ou tel aliment ;

— de l'œsophagisme, avec sa sensation de gêne rétrosternale ;

— des spasmes gastriques, avec sensation de « nerfs noués » à l'épigastre ;

— des spasmes intestinaux, avec, chez les uns, une constipation intense et, chez les autres, une diarrhée importante.

Nous pouvons même ranger ici comme phénomène d'accompagnement fréquent le spasme vésical avec pollakiurie et miction impérieuse.

Dans tous ces cas l'examen clinique ne montre que le résultat de ces troubles fonctionnels sévissant depuis longtemps.

L'anorexie étant la première conséquence de ces spasmes, l'amaigrissement, quelquefois très important, en découle avec son cortège d'asthénie physique, tout ceci aggravant toujours l'anxiété de ces malades conscients de leur état.

La radiologie digestive, pratiquée dans tous les cas de façon répétée, ne montre que très rarement une image de lésion franche. Au contraire, les images de petit estomac sthénique et hyperkynétique, de longs estomacs à dislocation verticale où le début de la contraction est retardé et où les

contractions se succèdent ensuite à un rythme normal, avec ou sans gastrite, ainsi que les images de colon spasmodique, avec ou sans colite, sont légion.

II. — Forme a manifestations prédominantes circulatoires.

Là encore, la notion d'une spasmodicité exagérée du lit circulatoire domine le tableau.

Nous n'ignorons pas l'existence d'angor vrai sans perturbation électrocardiographique, nous savons qu'il existe des hypertensions paroxystiques réelles ou graves pour lesquelles on ne trouve encore aucune explication, nous croyons qu'il existe des maladies certaines de la vaso-motricité dont l'étiologie et la pathogénie sont encore mystérieuses ; cependant sans vouloir faire rentrer tous ces malades dans le « Syndrome des 3 M », il nous est apparu qu'indiscutablement, certains de nos vaso-cycliques, certains de nos pseudo-angineux n'étaient que de « petits mentaux ».

Pour en arriver à cette conclusion, nous nous sommes basé essentiellement sur l'étude de l'anamnèse qui montre la synchronicité des troubles fonctionnels avec le paroxysme de l'un, de deux ou des « 3 M » ; mais surtout, nous avons tenu compte des résultats de la psychothérapie, accompagnée ou non d'une chimiothérapie sédative non spécifique, sur les alternatives de rougeurs et de pâleurs, la sensation de chaud ou de froid surtout aux extrémités, les poussées sudorales générales ou locales, chaudes ou froides, le dermographisme, les crises de larmes, les douleurs précordiales, jamais caractéristiques, jamais médiosternales, et les chiffres tensionnels.

Tous ces symptômes s'atténuant et disparaissant d'une façon rapide, souvent surprenante eu égard à leur intensité initiale.

Nous ne dirons que quelques mots des troubles du rythme. Ils nous ont paru fréquents, depuis la tachycardie modérée, jusqu'aux extrasystoles ; tous ces troubles cèdent sans toniques cardiaques, à la psychothérapie et au repos.

Enfin, pour terminer ce paragraphe, il nous faut signaler la fréquence importante d'hypotension modérée et relative que

nous avons trouvée dans toutes les formes de la maladie. Des chiffres de 5/10 à 45 ans ne sont pas rares.

III. — Forme a manifestations prédominantes respiratoires.

Bon nombre des dyspnéiques que nous avons interrogés nous ont dit, sans qu'il nous soit possible de le vérifier, que leur dyspnée est apparue lors d'un événement affectif de leur vie.

En fait, le contre-interrogatoire recherchant une hérédité, des antécédents personnels ou une origine allergique grossière a presque toujours été négatif.

D'ailleurs, les causes psychologiques des crises sont souvent faciles à retrouver.

Pour les uns une simple réprimande lors de leur travail, pour les autres une querelle de ménage sont à l'origine d'une crise plus ou moins sévère.

A côté de cet asthme atypique, réel ou non mais aggravé par des stress socio-psychologiques répétés, nous avons noté, outre des manifestations respiratoires anarchiques et atypiques, des crises de dyspnée inspiratoire que les malades décrivent comme de l'oppression sans pouvoir en général mieux la définir.

Nous n'avons malheureusement jamais été le témoin de telles crises ; aussi serons-nous très circonspect quant à leur réalité ou tout du moins quant à leur intensité, et nous les classerons avec ce que Laubry appelait les « dyspnées illégitimes ».

IV. — Autres formes.

Il va de soi, étant donné le nombre relativement petit de malades qu'il nous a été donné d'interroger et d'examiner, que nous ne pouvons être complets dans la description des manifestations et des signes du « Syndrome des 3 M ». Cependant, il nous faut encore signaler les formes :

a) *Algiques pures* à douleurs variables, multiples, de siège et de caractère mal systématisés et d'intensité irrégu-

lière, dans lesquelles les malades le plus souvent accusent « des douleurs » sans plus de précision. Ne pas croire à la réalité de ces douleurs ou les traiter avec dédain, c'est commettre une erreur grave qui entraînera inévitablement une aggravation de l'état déjà précaire de ces malades.

b) *Avec alcoolisme :* Il s'agit rarement de ce que notre Maître, le Dr Oury, appelle les « alcooliques militants » ou « de petits buveurs d'habitude », mais d'alcooliques accidentels buvant, pour se remonter, des quantités d'alcool trop importantes intrinsèquement et pour leur tolérance, mais cependant rarement supérieures à la moyenne consommée dans la région parisienne par l'ouvrier moyen.

Ces malades, mis en notre présence, avouent facilement leur nouvelle habitude et le plus souvent demandent des cures de désintoxication que nous leur avons toujours accordées, bien qu'une psychothérapie par persuasion ou suggestion eût le plus souvent suffi.

c) *Avec tentative d'autodestruction* : Jamais, parmi les malades qui présentaient les « 3 M » au complet, il ne nous a été donné d'observer de « suicide-chantage » : tous étaient de vrais suicides manqués, il ne s'agissait pas pour eux d'attirer l'attention, de se faire plaindre ou de sortir d'une situation délicate à leur avantage, mais tout simplement mal payés, mal logés et surtout mal aimés, d'en finir avec une conjonction de stress contre laquelle ils se sentaient trop faibles pour lutter seuls.

d) *Formes polysmyptomatiques :* Cela aura été évident à la lecture des observations présentées au début de ce travail et il ne nous semble pas utile d'insister.

TRAITEMENTS

Nous envisagerons ici trois parties :

I. — *Le traitement curatif.*

II. — *Le traitement abortif.*

III. — *La prévention.*

I. — Traitement curatif d'un « 3 M » confirmé.

Dans le service du Dr P. Oury à l'Etablissement National des Convalescents de Saint-Maurice, le traitement commence par :

A) *L'Admission.* En effet, nous y reviendrons et insisterons au cours de l'étude du traitement abortif et de la prévention, l'admission a beaucoup d'importance dans la réussite du traitement. Elle doit être :

a) Librement consentie par le malade et acceptée en connaissance de cause autant que faire se peut. La participation du malade, sa coopération doivent être obtenues dès le premier jour d'hospitalisation.

b) L'hospitalisation ne doit pas être faite en service spécialisé, on doit bannir du langage des médecins et du personnel tant administratif que paramédical tout terme de psychiatrie.

c) Autant que faire se peut, le malade ne doit pas être logé en grande salle, les chambres à deux ou trois lits

dont nous disposons à l'E.N.C., ont été et sont un facteur non négligeable de réussite thérapeutique.

B) *L'interrogatoire et l'examen* doivent aussi obéir à une règle absolument formelle, impérative, celle du « secret professionnel » ; nous l'avons écrit au début de ce texte, nous l'écrivons à nouveau, cette règle, en pratique hospitalière courante, est très mal respectée. D'une façon générale, nous pensons qu'un toucher vaginal même légèrement pratiqué derrière un drap, tenu par un aide, qu'une ponction lombaire, même techniquement parfaite avec un aide, même qu'une simple injection de quelque nature que ce soit, sont des actes en soi désagréables, quelquefois très pénibles, portant atteinte à l'intégrité corporelle du malade, ce qui est grave, mais aussi lui infligeant en public, quand bien même il n'y aurait qu'un témoin, une vexation, un manque évident de respect pour sa pudeur, tant physique que mentale, une véritable effraction psychologique qu'il est inutile, méchant et quelquefois inhumain de lui faire subir.

En ce qui concerne, en particulier, les « petits mentaux » et leur traitement, enfreindre cette loi, c'est échouer à coup sûr.

Il convient aussi de rappeler que l'examen doit être minutieux, attentif et complet ; les malades, bien que conscients de l'origine neuropsychologique de leurs signes fonctionnels, n'en sont pas moins le plus souvent convaincus être porteurs d'une lésion organique. Nous recommandons aussi, sans toutefois en faire une règle générale, de placer cet examen à la fin ou après l'interrogatoire.

C) *La Psychothérapie.* Elle commence dès le début de l'interrogatoire.

Ici, dirons-nous avec J. Lelay, entre en jeu un facteur humain si important que la même méthode appliquée au même malade échouera avec un médecin et réussira avec un autre, et, nous ajouterons, surtout si celui-ci laisse parler le malade.

« Pour interrompre la maladie, n'interrompez pas le malade », dit le Professeur Joannon. Le détail sur le faciès du contremaître, le ronflement du conjoint ou la topographie

de la cuisine nous ont bien souvent expliqué une partie de l'origine de certains montages psychologiques. La digression du malade à peine discrètement freinée, apprend souvent autant sur le comportement habituel du malade, sur ses préoccupations, sur son genre de vie, sur son niveau intellectuel et culturel, et plus qu'une batterie de tests ou de questions posées de façon presque mécanique.

Nous ne sommes pas psychiatres, au sens traditionnel du mot, nous ne possédons aucun diplôme de psychologie, nous n'avons que peu d'expérience thérapeutique, mais nous espérons être généralistes, internistes comme on dit hors de France ; les secrets de la narcoanalyse, le maniement de la psychanalyse ou de la psychothérapie de groupe ne sont pour nous que des connaissances livresques.

Nous n'avons donc employé, en fait de psychothérapie, que la persuasion, la suggestion et la dialectique qui, me semble-t-il, sont à la portée de beaucoup, pour ne pas dire de tous les médecins.

Or, le fait capital est, à notre avis, qu'avec ces moyens seuls nous avons obtenu de très bons résultats à court et moyen terme. Nous croyons avoir réconcilié des époux, évité des suicides, des délits et peut-être un crime, en tout cas, nous sommes sûrs d'avoir distribué du mieux-être, et pour tout dire des traitements.

D) *La Chimiothérapie.* Nous avons été très économe en la matière. La grande médication, mis à part l'arsenal sédatif, ou analeptique habituel dans le service du Dr P. Oury, est l'association :

Procaïne, Atropine

Sans entrer dans les hypothèses pharmacodynamiques, nous nous croyons autorisé à expliquer partiellement les bons résultats avec cette association par les faits suivants :

Dans : les syndromes douloureux gastro-intestinaux,
les syndromes dyspnéiques asthmatiformes,
les syndromes douloureux cardiaques,
et les états dépressifs anxieux,

états apparemment anarchiques et possédant cependant une unité pathogénique indiscutable, un trouble fondamental du tonus

neuro-végétatif prédominant et débordant la lésion anatomique si elle existe, l'association procaïne-atropine aux doses respectives de 1 à 10 ml à 1/100, d'une part, et 1/4 ou 1/2 mg d'autre part, injectée par voie intraveineuse lente (une minute environ pour 5 ml), en décubitus dorsal, présente une double action sympatho et parasympatholytique à rayon d'action thérapeutique très étendu sans aucune réaction d'intolérance.

Des réactions rapides, souvent spectaculaires, ont été observées au prix, chez un certain nombre de malades, d'un vertige passager qu'on supprime en ralentissant l'injection ; chez d'autres, d'une certaine sécheresse de la bouche sans trouble d'accommodation. Plus rarement encore, on note une sensation pénible d'asthénie avec courbature persistant vingt-quatre à trente-six heures, qui nous fait suspendre le traitement après la première injection.

Sur plusieurs milliers d'injections, le Dr P. Oury n'a vu survenir qu'une seule fois un choc intense, rapidement jugulé par l'injection de camphre et d'adrénaline.

La fréquence des injections (que nous avons fixée la plupart du temps dans les cas qui nous intéressent ici, à 2-3 par semaine) et la durée du traitement sont fonction des résultats obtenus et du type de malade traité. Souvent cette médication a été utilisée seule. L'adjonction de petites doses filées de gardénal nous a cependant été utile.

Nous avons aussi utilisé parfois, en alternance avec la procaïne-atropine, les injections intraveineuses de bromo-galacto-gluconate de calcium.

Par contre, la chlorpromazine, la réserpine, et les médicaments dits tranquillisants mineurs, pourtant si utiles par ailleurs, nous ont rarement paru nécessaires chez ces malades et ceci pour plusieurs raisons :

— la première étant que les malades connaissent le plus souvent ces merveilleux médicaments par la grande presse ;

— la seconde étant que le terme de tranquillisants est aussi nocif pour eux que le mot psychiatrie ;

— la troisième qu'ils ont le plus souvent essayé sans grand succès, en ambulatoire, tout une gamme de neuroleptiques ;

— la quatrième que l'injection intraveineuse et les mouchetures sur la zone douloureuse de projection ont un effet psychothérapique certain ;

— la dernière, enfin, que notre schéma thérapeutique nous a donné satisfaction la plupart du temps, ainsi qu'aux malades d'ailleurs, ce qui, en la matière, est somme toute le plus important.

Notre schéma thérapeutique était donc en gros le suivant :

1° Hospitalisation à l'E.N.C. ;

2° Entretien prolongé avec le malade dès le début du séjour, avec mise en confiance ;

3° Procaïne-atropine IV, 3 ml 1 % 1/2 mg par jour sur deux, trois fois par semaine ;

4° Phénobarbital à 10 heures, 18 heures et au coucher, 0,01 g, auquel parfois, nous avons ajouté un neuroleptique tranquillisant sous son nom scientifique ou sa dénomination commune, lorsque celle-ci n'avait pas encore été trop vulgarisée ;

5° Enfin, nous citons en dernier la psychothérapie afin d'insister une fois encore sur la nécessité impérieuse de la bien faire. La première séance a lieu dès les premiers jours de l'hospitalisation et dure au moins une heure, puis, et nous l'avons fait pour tous nos malades, continuée au rythme minimum d'une fois par semaine, ne serait-ce que 10 minutes.

Remarques : Chaque fois que cela a été possible, nous sommes intervenus auprès de la Sécurité sociale, auprès de Comités d'entreprise, ou d'Organismes de direction, auprès de Services de logement, de reclassement professionnel, de Main-d'Œuvre, d'Organisations charitables de toutes obédiences, de Groupements d'alcooliques repentis, et même, une fois, auprès de la police et des magistrats, non pour régler les affaires de

nos malades, mais pour tenter dans l'immédiat un traitement étiologique de l'état paroxystique que présentaient nos malades.

A ce propos, bien qu'il existe dans cette Faculté un enseignement bien fait de médecine légale, mais dont le programme est difficilement bouclé chaque année, malgré l'horaire important qui lui est consacré, il nous semble souhaitable non pas de donner à l'étudiant en médecine la formation que reçoivent ces très dévouées et précieuses collaboratrices que sont presque toujours les Assistantes sociales, mais de lui fournir en le commentant une sorte de petit tableau synoptique des services d'assistance médicale, sociale, familiale et judiciaire, qu'il ignore le plus souvent et cela au détriment des malades.

Il nous paraît indiscutable que cela aiderait, pour ne pas dire sauverait, bon nombre de patients de situation névrogène ; n'est-ce pas là justement une des tâches les plus exaltantes et merveilleuses du vrai médecin ?

Ceci nous amène à parler maintenant du traitement abortif et de la prévention.

II. — Traitement abortif.

Nous insisterons peu sur le traitement abortif, car il s'agit du même schéma à ceci près que, bien qu'il ne faille pas en faire une règle générale, les malades ne doivent pas obligatoirement être admis en service hospitalier non spécialisé. Pratiqué avec l'aide de l'irremplaçable médecin de famille, il donne heureusement des réussites nombreuses. Nous signalerons ici qu'il en est de même pour le traitement de consolidation absolument indispensable après tout traitement curatif.

III. — Prévention.

Nous entrons ici dans un domaine qui, pour l'instant, nous donne la sinistre impression d'être désertique. De ci, de là, quelques initiatives privées tentent, sans y parvenir, de combler le gouffre sur lequel passent fort heureusement, comme de fragiles passerelles de corde emportées à la moindre crue, quelques services publics.

Il n'est pas dans notre intention de détruire ou de critiquer ces passerelles parce qu'elles sont fragiles et peu nombreuses, mais, bien au contraire, de tenter de les consolider, de les tendre plus larges, plus humaines et plus belles.

Nous savons que, depuis un peu plus d'un demi-siècle, d'incommensurables efforts couronnés de succès ont été entrepris en ce domaine. Nous savons qu'il existe en France une infrastructure d'aide en toutes matières, mais nous savons aussi que tout ce système, déjà débordé par les vrais malades, n'a que très peu de moyens pour pratiquer une véritable politique sociale préventive à long terme. La prévention coûte cher immédiatement et ne rapporte que très longtemps après. En bref, nous sommes conscients et satisfaits de ce qui a été fait dans le domaine de la pathologie franche, mais nous sommes d'un autre côté conscients et insatisfaits de constater tout ce qui n'a pas été et n'est pas fait dans le domaine de la prévention et de l'hygiène mentale vraies

Il n'est pas de notre ressort de proposer ou de créer, ni même d'innover en matière de législation, mais nous l'avons dit lors de notre introduction et nous le répétons, hormis la vieille loi de 1838, rien ou presque n'existe comme support légal en matière de maladies mentales, graves ou non.

Nous ne donnerons qu'un seul exemple qui montrera que, même si la règle existe, elle peut très bien être transgressée, même par les pouvoirs publics.

Bien avant la dernière guerre, en matière d'urbanisme et de logement, les Pouvoirs publics ont pour une fois demandé l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique. Celui-ci, après réflexion, a énoncé deux règles fondamentales :

— L'une énonçant que l'espace entre deux corps de bâtiments parallèles devait être au minimum égal à la hauteur du plus haut des deux ;

— L'autre, que la hauteur de plafond des pièces devait être au minimum égale à 2,70 m.

Or, aucune de ces deux règles n'est appliquée, les terrains et les matériaux de construction sont très chers, et obéir à ces deux impératifs diminuerait à court terme la rentabilité de la

construction. Les Pouvoirs publics, à l'échelon ministériel, donnent des permis de construire puis des autorisations d'occuper les lieux pour des bâtiments non conformes aux plus élémentaires règles d'hygiène et de salubrité. Il en découle pour conséquence immédiate, comme le dit M. le Professeur P. JOANNON, que les nouveaux occupants entrent dans du « *taudis neuf* », et nous avons pu constater par nous-mêmes et le Congrès de la Société de Médecine Publique et du Génie Sanitaire des 9 et 10 octobre 1961, sur le sujet, les grands ensembles, nous l'a confirmé, que le nombre de malades atteints par notre « Syndrome des 3 M » n'y était pas de beaucoup plus petit qu'ailleurs.

Cet exemple vous aura sans doute éclairés sur ce que nous souhaiterions voir faire en politique de logement.

Quant à la politique des salaires, nous n'en parlerons pas, car nous aborderions ici un problème que nous ne pourrions même pas énoncer clairement et auquel nous ne donnerions aucune solution. Convenons cependant qu'un budget familial insuffisant est une catastrophe.

Maintenant, pour ce qui concerne le troisième « M » (« mal aimés »), que peut-on, que doit-on faire ?

Notre réponse est : « Instruire pour prévenir ».

Eduquer les jeunes sur ce sujet. L'amour, d'une façon générale, est un sujet tabou, l'enseignement primaire l'ignore (bien que ce soit là l'âge de réceptivité maximum et où les sentiments sont les plus purs). l'enseignement secondaire ne commence à l'aborder que de biais vers la seconde et la première avec Racine, Musset et Lamartine, encore s'agit-il là d'amour presque pathologique.

Pour tous nos malades, le problème était simple. Aucun d'eux n'avaient jamais entendu parler de l'amour, sous quelque forme que ce soit, par qui que ce soit. Il va sans dire qu'à plus forte raison, l'éducation sexuelle, le mariage, la naissance d'enfants, l'éducation à leur donner, ne sont que des notions très vagues apprises de-ci, de-là, dans des romans-feuilletons à bon marché ou dans quelques livres pris à la sauvette chez un libraire goguenard, porteur d'un sourire plein de sous-entendus

désapprobateurs. D'ailleurs, est-ce vraiment aimer les enfants que d'en avoir un huitième quand on n'a qu'une pièce pour se loger ?

Le moyen de faire autrement n'est d'ailleurs pas mis à la disposition du public. Ceux, qui inconscients, souhaitent voir venir ces malheureux, ces mal logés, ces mal nourris, et le plus souvent ces mal aimés futurs, sont à nos yeux aussi coupables que ceux, qui trop soucieux d'un malthusianisme familial, se livrent à l'avortement, si sévèrement puni par la loi française, mais fort heureusement si rarement découvert grâce au secret professionnel. Il convient de citer ici une notion fort répandue dans les pays anglo-saxons sur ce sujet : depuis l'introduction dans le commerce à grande échelle des contraceptifs de toutes natures dans les pays à majorité non catholique, la moralité publique, pas plus que la natalité d'ailleurs, n'ont fléchi. Seule la répartition des naissances a été modifiée, on assiste à un étalement dans le temps. Assistés d'une législation adaptée ce ne sont donc qu'en définitive que des moyens de planifier quelque peu la « prolificité » de beaucoup trop importante du point de vue fréquence dans certains milieux sociaux. La Sécurité sociale et les Allocations familiales ont été sur ce sujet assez libérales car, pour donner lieu à prestation de salaire, à remboursement et à prime, les grossesses dans un ménage peuvent être réparties comme suit :

— La première naissance doit avoir lieu dans les deux premières années du mariage ou avant que la mère n'ait atteint l'âge de 25 ans.

— Pour la deuxième naissance dans les trois ans de la précédente maternité ou dans les cinq ans du mariage.

— Pour la troisième dans les six ans de la première maternité ou dans les huit ans du mariage.

— A partir de la quatrième naissance aucun délai n'est exigé.

Notons en passant, que cette législation concerne aussi les enfants naturels :

— La première naissance devant avoir lieu avant que la mère n'ait atteint l'âge de 25 ans, l'enfant devant être

reconnu par sa mère. Ceci nous semble être une mesure de très noble inspiration à laquelle nous donnons tout notre accord.

Nous ne ferons pas ici, après tant d'autres qui l'ont fait bien mieux que nous, le procès de la bureaucratie et de la technocratie nous nous bornerons à implorer, à supplier les responsables des grandes administrations et de la législation de bien vouloir faire tout ce qui est en leur pouvoir pour humaniser, chacun pour ce qui le concerne, ses services et ses textes en rapport directement avec la grande foule des faibles. La Sécurité sociale, pour ne prendre qu'un exemple que nous connaissons dans ses grandes lignes, est une institution merveilleuse : chaque jour, des hommes, des femmes, des enfants, diminués par la souffrance physique et morale voient leurs soucis matériels et financiers allégés par ses soins, c'est un résultat magnifique. Mais nous lui ferons deux reproches : le premier est, nous l'avons constaté de nos propres yeux un nombre impressionnant de fois, de ne pas recevoir l'assuré comme une mère recevrait son enfant malade ; des vieillards, des infirmes sont parfois obligés d'attendre debout, des heures, un numéro à la main, souvent obligés de revenir plusieurs fois pour toucher leur petite mais indispensable allocation. Ne pourrait-on humaniser ce système, mettre des hôtesses d'accueil, plus de sièges, que sais-je encore ?

Le second grief que nous ferons est basé sur des faits moins évidents, moins inhumains, mais à notre avis, il est beaucoup plus grave. C'est un reproche de fond, d'organisation financière, de conception même et c'est le suivant : *Rien de ce que la Sécurité sociale nomme prévention n'est digne de ce nom.* Il faut bien nous entendre sur la terminologie :

— *Prévenir* veut dire à la fois agir avant, aller au devant, et informer, avertir.

— *Faire de la prophylaxie*, c'est prendre des précautions, contre quelque chose avant que cela n'arrive.

— *Faire de l'hygiène*, c'est tenter de préserver l'homme d'un danger, d'une menace avant que le phénomène ne se produise.

Donc, par définition, ces trois termes ne sont applicables, *stricto sensu*, que si l'on s'adresse à des gens normaux, sains, au-dessus desquels on ouvre un immense parapluie.

Enrayer une épidémie c'est bien, créer des conditions telles qu'elle ne puisse se produire, c'est mieux.

En matière d'hygiène mentale, traiter un « Syndrome des 3 M » est bien, l'empêcher d'apparaître est mieux.

Certes, c'est plus difficile, cela demande une infrastructure légale, une organisation financière prospère, mais surtout, cela exige de l'amour, beaucoup d'amour, toutes les sortes d'amour, à tous les niveaux et sur tous les modes.

Pour terminer ce chapitre et avant de conclure, nous reviendrons à une réalité plus concrète, à une application pratique de nos propositions et de notre théorie :

Avant de souhaiter de grandes réformes, souhaitons un effort loyal, cet effort doit porter, avant tout et surtout, sur la réhabilitation, l'ennoblissement, en un mot et faute d'un terme meilleur, sur la vulgarisation de l'amour.

M. P. Aurousseau, inspecteur principal de l'Assistance Publique à Paris, a écrit, dans un article du n° 138 de *L'Etudiant Médecin :* « Humanisez avant tout les hommes... et les princes ».

Vous souvient-il de cet instant du film, *Monsieur Vincent*, où celui-ci, lancé dans sa prodigieuse activité de fondateur d'ordre et de réformateur, se rend compte avec angoisse qu'il ne connaît plus le malade, le vrai malade, l'homme seul qui lutte, qu'on soigne et que l'on réconforte, il était devenu un administrateur.

Certes, il en faut ; ne leur jetons pas la pierre, nous en connaissons qui sont, selon l'expression de notre Maître, le Docteur P. Oury, de véritables « saints laïques ». Souhaitons simplement, devant les difficiles problèmes, qu'ils ont à résoudre, que souvent tous se posent (ainsi que tous leurs subalternes) la question que le Professeur Sergent se posait et posait à ses élèves en matière d'indication opératoire :

« Que ferais-je, que feriez-vous s'il s'agissait là de votre mère, de votre père ou de votre enfant » ?

CONCLUSIONS

Soumise journellement aux traumatismes de la vie sociale, une grande porportion des malades que nous sommes amenés à voir chaque jour, tant en milieu hospitalier qu'en clientèle privée, ne présentent aucune lésion organique décelable par nos moyens d'investigation actuels.

Ce n'en sont pas moins de vrais malades. Nous les avons appelés « Syndromes des 3 M » car, dans l'immense majorité des cas, ces « petits mentaux » sont :

— Mal payés
— Mal logés,
— Mal aimés.

Ce sont le plus souvent des « *spasmodiques* », des « *algiques* », chez qui la psychothérapie donne de bons résultats, associée ou non à une chimiothérapie neurosédative.

Régulariser leur tonus neurovégétatif est un acte indispensable pour obtenir une amélioration franche et durable de leur état.

Mais, quelle que soit la thérapeutique symptomatique appliquée, seul le traitement étiologique amènera la guérison définitive, même si, *a priori*, le terrain était émotif (au sens de Le Senne) et prédisposé.

Malheureusement, ce traitement étiologique n'est pas du ressort du seul médecin, si bon, si juste, si savant soit-il.

Améliorer l'homme et la société n'est-ce pas là le *primum movens* des Pouvoirs publics, mais essayer de le faire sans l'avis du médecin et sans amour, c'est s'exposer à l'erreur, c'est aussi malheureusement transformer l'homme en une machine humaine dont à la fin, seul, le rendement qui en définitive est fonction de sa vie familiale et sociale, compte.

L'espoir fait vivre, dit-on. Que les médecins le distribuent *larga manu*, en attendant tâchons de tendre vers le bonheur de nos malades par une vraie médecine.

La pierre brute est à peine dégrossie mais nous n'aspirons pas au repos...

BIBLIOGRAPHIE

1. Verdun (M.). — *Le Péril mental* (Lyon et Paris, Emmanuel Vitte, 1953).

2. Horney (Karen). — *La Personnalité névrotique de notre temps* (Paris, L'Arche, 1953).

3. Jakavljevic. — *Névrose, pathogénie et milieu culturel* (Paris, Mémoire pour l'obtention du Titre d'Assistant Etranger, 1957).

4. Braun (Rudolph). — *Traité général des névroses* (Paris, Payot, 1956).

5. Coulonjou (Roger). — *Psychiatrie pratique* (Paris, G. Douin, 1956).

6. Dr Marx. — *Le Risque Longue-Maladie* (Paris, C.R.S.S.R.P., 1951).

7. Michaux (Léon). — *Possibilités et limites de la médecine psychosomatique* (*Presse Médicale*, 1961, n° 24, p. 1077).

8. Oury (P.). — *Action thérapeutique des injections IV d'Atropine et de Procaïne* (*Annales de Médecine*, t. 48, n° 1, 1947).

9. Le Senne (René). — *Traité de caractérologie* (Paris, P.U.F.).

10. Bugard (P.). — *La fatigue chronique du monde moderne et les pseudonévroses de situation* (*Presse Médicale*, 1961, n° 49, pp. 2233 à 2236).

11. Delay (Jean). — *Psychophysiologie humaine* (Paris, P.U.F., 1959).

★

Vu
et permis d'imprimer
Le Doyen :
LÉON BINET

Vu
et permis d'imprimer
Le Président de Thèse :
P. JOANNON

Vu
et permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de Paris :
JEAN ROCHE

Imp. P. KREMER, 45, r. de Sèvres, Paris (6e)